

DÉCLARATION ET ANALYSE D'ÉVÉNEMENT NUMÉRO 256343

Nom de l'événement

Décès post acte de radiologie interventionnelle

Etat accepté

Motivation de la décision reprise des recommandations internationales et nationales

Spécialité Radiologie et Imagerie médicale

Champ d'activité Radiologie interventionnelle

Mode d'exercice de l'activité Salarié

Expert : synthèse

Le décès après un acte de radiologie interventionnelle est rare, fonction bien entendu de nombreux facteurs. Le principe du geste de radiologie interventionnelle est de pouvoir être réalisé même chez des patients fragiles. Il est vécu par les équipes comme quelque chose de mieux toléré que la chirurgie et la survenue d'une complication voire d'un décès fait toujours suspectée une erreur plutôt qu'une complication. Visiblement la nécrose du foie après l'embolisation chez un malade fragile avec possible encéphalopathie hépatique, insuffisance rénale soit la cause du décès. La fièvre est observée après embolisation lorsque que celle ci est efficace; c'est d'ailleurs un marqueurs d'efficacité dans certains cas comme après thrombose d'un faux chenal de dissection aortique où la fièvre peut persister jusqu'à 6 mois ("type phlébite évolutive"); dans ces cas syndrome inflammatoire marqué sans GB et polynucléaire trop élevés)

Le choix du traitement et donc l'indication et la pertinence peuvent être relevés; la question est de connaître les réactions post acte de radiologie interventionnelle; il n'y a pas de facteurs clairs prédictifs. Ce cas doit servir d'expérience pour l'équipe afin de limiter la chimio-embolisation aux recommandations internationales ou nationales

Médecin : Que s'est-il passé ?

Le lendemain de la chimio-embolisation, le patient va présenter un sepsis, une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle et un sepsis d'origine indéterminée nécessitant une antibiothérapie probabiliste.

Dégradation progressive de l'état général, épisode d'hémorragie digestive, encéphalopathie hépatique conduisant à un coma puis un décès au terme d'une hospitalisation de 53 jours.

SITUATION À RISQUE

L'évènement déclaré correspond t-il à une situation à risque ? non

Situation à risque :

INFORMATION SUR LE PATIENT

Sexe masculin Age 79 an(s) Taille 162 cm Poids 83 kg

Diagnostic principal de prise en charge C22 Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques

Si le diagnostic est non trouvé

Avant la survenue de l'événement indésirable, quelle était la complexité de la situation clinique du patient ? Très complexe

Le cas échéant, quel était le score de gravité clinique ? 5 Child

Quels éléments de la situation clinique sont susceptibles d'avoir favorisé l'événement ?

- Etat général précaire: score gériatrique G8 à 14
- Score OMS à 1, marche avec déambulateur
- Grade tumoral avancé: carcinome hépatocellulaire avancé de 6cm du foie droit avec nodules satellites et envahissement portal segmentaire (stade BCLC B-C)
- Comorbidités: HTA, DNID, antécédent AVC ischémique, cardiopathie ischémique et rythmique (pacemaker), AOMI avec ischémie de membre inférieur gauche (amputation transtibiale en 2017), syndrome d'apnées du sommeil appareillé, carcinome urothélial papillaire vésical en rémission (traité par RTU et BCGthérapie en 2010 et 2015).

- antécédent de première cure de chimioembolisation en 2017 compliquée d'un abcès hépatique

PROCÉDURE DE SOIN

Quel était le but de l'acte médical ? Thérapeutique

Code CCAM de l'acte médical réalisé

EDLF014 Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée

Si aucun acte trouvé

Veillez préciser, le cas échéant si une technique particulière a été utilisée ? non

L'événement est-il en lien avec l'utilisation d'un produit de santé ? oui

Médicament

Produit sanguin labile

Dispositif médical implantable

L'événement est-il en lien avec l'utilisation des rayonnements ionisants ? non

CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT

Quelle est la localisation précise de survenue de l'événement ? Unité Hospitalisation

L'événement s'est-il déroulé pendant une période vulnérable ? non

Quel était le degré d'urgence de la prise en charge lors de la survenue de l'événement ?

Non urgent

La prise en charge était-elle programmée ? oui

Quel est le mode d'hospitalisation du patient ? Hospitalisation complète

Dans quelles circonstances cet événement s'est arrêté :

Dès le lendemain du geste l'hépatologue de l'unité d'hospitalisation constate que le patient est fébrile avec apparition d'une insuffisance rénale aigue. Ce tableau clinico-biologique se dégrade et il est transféré en unité de soins intensifs de gastro-entérologie. Il n'est pas retrouvé de point d'appel clinique à la fièvre, le patient a peu d'ascite, il est mis sous oxygénothérapie, antibiothérapie probabiliste par ceftriaxone et flagyl, et perfusion d'albumine devant une insuffisance rénale aiguë d'allure fonctionnelle secondaire au sepsis, avec probablement également une part d'insuffisance cardiaque.

A noter qu'il a eu aussi de la Terlipressine IV à faible dose pendant 48h à visée rénale.

L'échographie abdominale ne montrera pas d'abcès hépatique ni d'obstruction rénale.

Les prélèvements microbiologiques n'ont pas permis de documentation, le point d'appel du sepsis est resté incertain.

L'évolution est initialement favorable avec apyrexie, reprise de la diurèse et amendement de la confusion sur l'encéphalopathie concomitante du sepsis.

Il sera retransféré en unité conventionnelle ou il restera jusqu'à sa sortie.

Il a eu un scanner abdomino-pelvien à 1 mois de sa CEL. Celui-ci montre une nécrose étendue des segments V et VI traités, une lésion du foie gauche évolutive et une thrombose portale droite segmentaire au contact de la zone traitée. Le patient est sous INNOHEP, était déjà anticoagulé pour son arythmie cardiaque.

Il a eu également une ETT montrant une FEVG 50%, une hypocinésie antérieure, une bivalvulopathie modérée mitro-aortique. Introduction d'un traitement par lasilix 40 mg/j et bisoce Amlor 2.5 mg/j.

Le patient va présenter également des épisodes d'encéphalopathie répondant bien à une majoration ponctuelle du duphalac.

Il s'encombre facilement et est sujet aux surinfections bronchiques, il est traité au cours de l'hospitalisation par 5 jours de Tazocilline IV pour probable pneumopathie.

L'évolution va ensuite être défavorable avec de nouveau une hypothermie avec réascension du syndrome inflammatoire biologique.

Sur le plan rénal, aggravation rapide d'une insuffisance rénale aigue plutôt d'allure fonctionnelle.

Absence d'amélioration après réhydratation et transfusion de culots globulaires. Absence d'efficacité de l'albumine associée à la terlipressine.

Survenue d'une hémorragie digestive avec hématomèse et méléna, déglobulisation à 5.8 g/dl d'hémoglobine. La prise en charge associée (pousse seringue de Sandostatine et réalisation d'une FOGD) qui a mis en évidence un volumineux caillot du fundus empêchant la poursuite de l'exploration. L'évolution s'est ensuite compliquée d'encéphalopathie au stade de coma puis du décès du patient.

Précisez les conséquences qui sont survenues ? oui

Suite au geste de chimioembolisation:

- sepsis d'origine indéterminée
- insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
- épisodes d'encéphalopathie hépatique
- nécrose hépatique étendue avec thrombose portae segmentaire
- dégradation globale de l'état du patient, coma et décès

L'événement a-t-il provoqué une infection nosocomiale ? non

Quel est le niveau de gravité des conséquences constatées pour le patient ? 5 - catastrophique

CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

Avez-vous identifié les causes immédiates de l'événement ? non

Après analyse, quelles sont les autres causes qui ont contribué à la survenue de cet événement ?

Causes liées aux patients oui

Antécédents

Etat de santé (pathologies, co-morbidités)

Causes liées aux tâches à accomplir non

Causes liées à l'individu (soignant) non

Causes liées à l'équipe oui

Communication entre professionnels

Commentaires : Il est probable que l'indication de chimioembolisation pour ce patient était limite. Elle a pourtant été posée dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire d'oncologie. Les nombreuses comorbidités du patient, son état général fragile, le stade très avancé de la maladie contraindraient ce traitement et nous aurions dû lui proposer une autre thérapie pour le traitement de son CHC.

Causes liées à l'environnement de travail non

Causes liées à l'organisation et au management non

Causes liées au contexte institutionnel non

Expliquez vos choix de causes profondes

BARRIÈRES DE L'ÉVÉNEMENT

Avez-vous identifié les barrières qui n'ont pas fonctionné ? non

Avez-vous identifié les barrières qui ont permis d'arrêter l'événement avant qu'il ne devienne encore plus grave ? non

ANALYSE APPROFONDIE

MEASURES DE SUIVI

Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet événement ?

probablement évitable

Quelles actions avez-vous mises en place dans votre pratique et dans l'organisation depuis la survenue de cet événement ? oui

- création de fiches de consultations pour les patients devant bénéficier d'une chimioembolisation afin de mieux cibler l'indication de ce traitement, de mieux éliminer les contre-indications.
- rediscussion en RCP d'hépatologie des dossiers sensibles de prise en charge hépato-radiologiques interventionnelles.

Existe-il, à votre connaissance, une recommandation ou une solution de sécurité utile à mettre en œuvre dans les circonstances de cet événement ? oui

recommandations EASL-EORTC des sociétés savantes américaines et européennes sur le traitement du CHC (J. Hepatol 2012)

COMMUNICATION

Cet événement a-t-il fait l'objet d'une information/communication ?

Au sein de l'équipe ? oui

En RMM ? non

Au sein de l'établissement ? non

A l'ARS ? non

A d'autres institutions ? non

Le patient ou son entourage ont-ils été informés de la survenue de cet événement ? oui

Mot-clé interspécialité CAUSE IMMEDIATE PRINCIPALE : GESTE TECHNIQUE

Mot-clé spécialité ORGANIQUE – CARDIO-VASCULAIRE et RESPIRATOIRE : complications card.et vascu, complications respiratoires (hors compli. hématologiques et infectieuses)

Mot-clé spécialité 3

Autre mot-clé ischémie hépatique

Recommandation de communication de l'événement

INVS

DÉCISION DE L'EXPERT

Médecin : Commentaire